

SECCION RADIOGRAFICA Y TOMOGRAFICA

Dr. Manuel de Jesús Troncoso B.
Profesor de Radiología de la UNPHU.

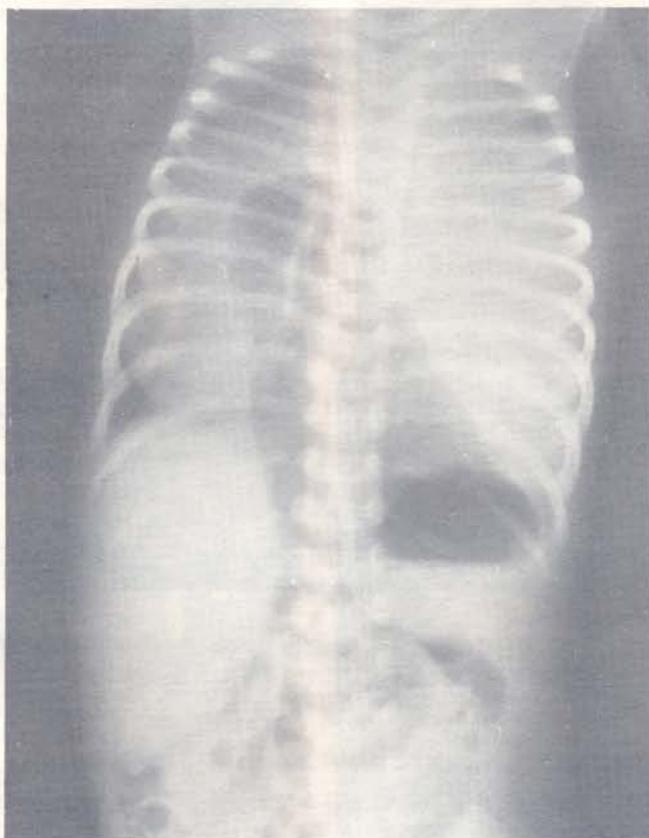
Jefe del Servicio de Rayos X del Hospital Infantil Dr. Robert
Reid Cabral.

Radiólogo de la Clínica Abreu.

Dr. José Miguel Paliza

Neuroradiólogo, Servicio de Neuroradiología
Hospital Dr. Luis E. Aybar.

Director Médico, Diagnóstico Médico Computarizado.



Radiografía No.1:

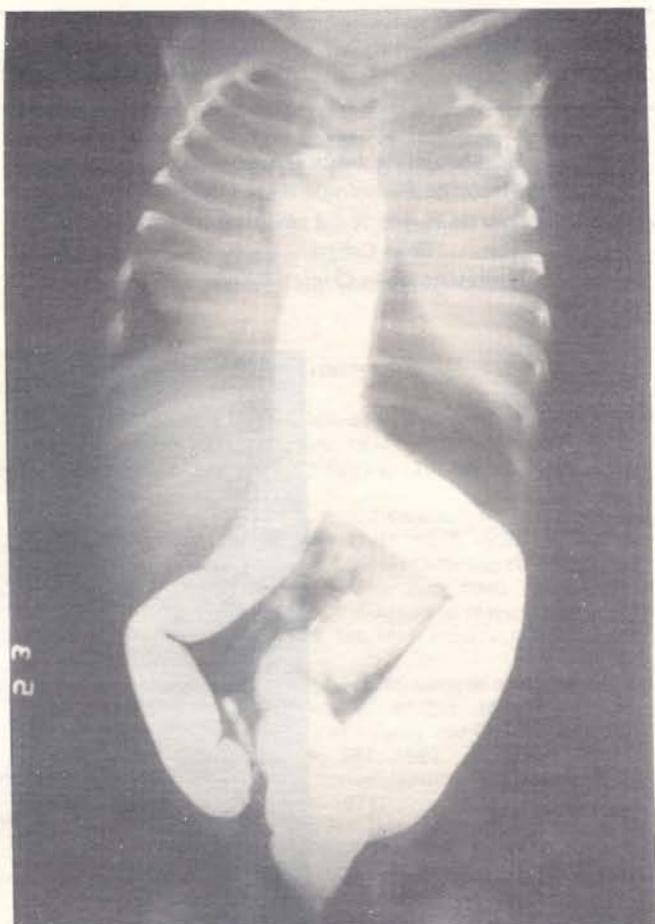
Recién nacida de 5 días de edad, referida al Departamento de Radiología por presentar dificultad respiratoria desde el nacimiento. Presenta tinte icterico generalizado y se auscultan ondas peristálticas en el tórax. El diagnóstico clínico es "Hernia Diafragmática".

Preguntas para el lector:

- 1)– ¿Cuál es la impresión de este examen A.P. del tórax y abdomen?
- 2)– ¿Considera usted posible el diagnóstico de Hernia Diafragmática?
- 3)– ¿Cuáles otros estudios indicaría en este caso y en cuál orden?

Radiografías 2, 3 y 4:

El examen A.P. del tórax y abdomen era definitivamente muy sugestivo de hernia diafragmática, de hecho practicamente diagnóstico. Sin embargo, el obtener otros exámenes era de mucha importancia para establecer un diagnóstico más específico. Se obtuvo un examen simple lateral de tórax y abdomen (no in-



cluído en esta publicación) un examen del colon mediante enema de bario y una serie gastro-intestinal, de los que se incluyen ejemplos en esta publicación. Estos exámenes confirmaron la presencia de una hernia diafragmática anterior correspondiendo con la línea media, la que contenía el colon transverso y aproximadamente un tercio del estómago.

COMENTARIO:

Las hernias diafragmáticas congénitas constituyen un porcentaje muy significativo de las lesiones potencialmente corregibles que ocasionan dificultad respiratoria en el recién nacido. Su diagnóstico es relativamente fácil y rápido, existiendo una relación directa entre la prontitud con que se hace el diagnóstico y los chances de que el tratamiento sea exitoso.

Más frecuentemente las hernias diafragmáticas congénitas son posteriores y sobre todo del lado izquierdo, a través del foramen de Bochdalek. También son frecuentes las hernias anteriores, a través del foramen de Morgagni. Algunas hernias anteriores se asocian con un defecto del saco pericárdico, lo que permite la protrusión de vísceras abdominales a través del mismo, encontrándose las mismas en el espacio pericárdico. El caso que publicamos constituye un ejemplo de esta última variedad.

CARCINOMA DE PANCREAS:**REPORTE DE CASO**

* Dr. J. M. Paliza, Carmen de Victoria y Roxanne de Traverso.

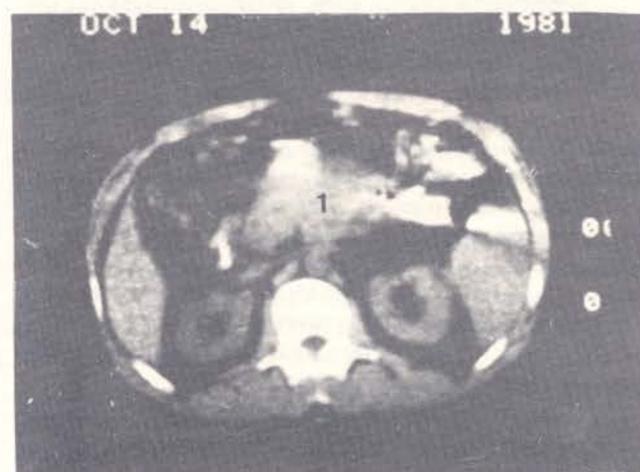
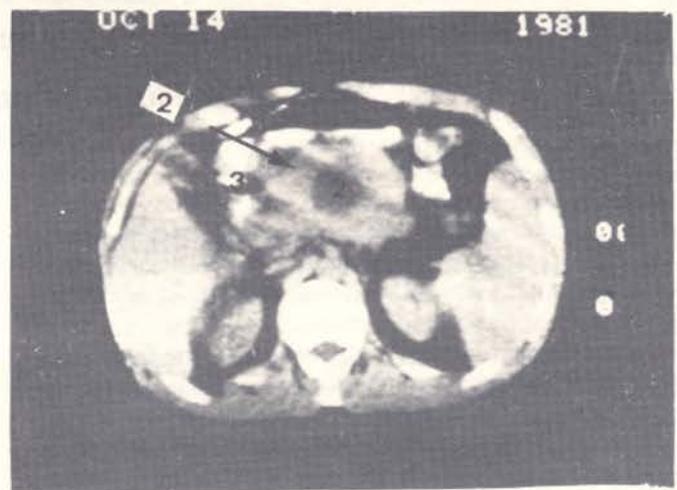
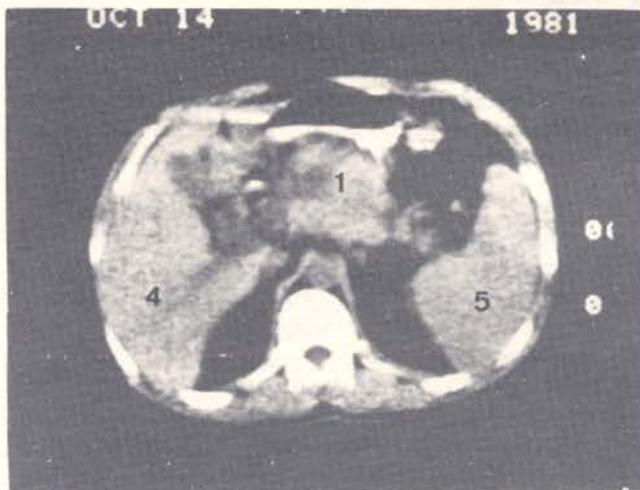
HISTORIA CLINICA

Paciente masculino, de 41 años, sin antecedentes particulares, quien es referido para Tomografía Axial del Abdomen por presentar desde hace ocho meses una epigastralgia importante, sin remisión y sin signos o síntomas adicionales. Los exámenes complementarios practicados (serie gastroduodenal, pruebas hepáticas y pancreáticas) fueron reportados como normales. El referimiento sugiere un componente psíquico.

TAC

El examen fue practicado por cortes seriados cada 15mm luego de ingestión de Gastrográfín.

* Diagnóstica, S. A.



Los cortes ponen en evidencia una lesión voluminosa, de densidad tisular, a nivel de cuerpo y cabeza del páncreas, bien limitada, con una zona hipodensa, redondeada, en su interior, rechazando hacia delante y afuera el antro gástrico y la 1ra. y 2da. porciones del duodeno.

Los órganos vecinos no lucen afectados.

El diagnóstico de impresión fue de tumor del páncreas con cavidad quística.

A la intervención quirúrgica se confirmó el diagnóstico de tumor pancreático, no reseccable por invadir los tejidos vecinos y punciones repetidas de la lesión no permitieron localizar ningún componente quístico.

DISCUSION:

Luego del advenimiento de la Tomografía Axial, su utilización en la patología pancreática se ha generalizado (1-2) debido a la dificultad de exploración de la región retroperitoneal por los métodos convencionales.

Se han descrito de manera precisa las relaciones anatómicas y los puntos de referencia para el estudio del páncreas (3-4), así como la utilización de contraste oral e intraveno-

Fig. No.1:

1.- Lesión. 2.- Imagen hipodensa (Quiste ?). 3.- Duodeno rechazado. 4.- Hígado. 5.- Bazo.

so (1-2, 4-6) para mejorar la diferenciación de las estructuras vecinas.

Reportes recientes señalan de manera neta el importante auxilio diagnóstico que representa la TAC en los problemas pancreáticos tanto en pancreatitis aguda (8) o hemorrágica (9), como en los casos tumorales o de pseudoquistes, (5,2,4,6) permitiendo en algunos casos, en función de la participación o no de las estructuras vecinas en la lesión, determinar la posibilidad de una escisión quirúrgica.

CONCLUSION:

La TAC ha demostrado ser de gran utilidad en la exploración de la región retroperitoneal y en presencia de sintomatología sugestiva de lesión a este nivel debe ser considerado como un auxiliar diagnóstico de importancia.

BIBLIOGRAFIA

1.— Kreef, L., Haertel, M. and Katz, D. (1977): Computed Tomo-

graphy of the Normal Pancreas. *J. Comput. Assisted Tomography* 1, 290.

2.— U. Modder: Computed Tomography of the Pancreas with and without Contrast Media. *Contrast Media in Computed Tomography* (1981) (276-281) Felix, R., Kazner E. Wegener O. H. Editors-Excerpta Medica Amsterdam-Oxford-Princeton.

3.— Neumam, C. H. Hessel, Samuel J. CT of the Pancreatic Fail; *AJR* 135:741-745, October, 1980.

4.— Nicholson, L.: Abnormalities of the Perinephric Fascia and Fat in Pancreatitis. *Radiology* 139: 125-127, April 1981.

5.— Kreef, L.: Contrast Media for Gastrointestinal Examinations with Computed Tomography. *Contrast Media in Computed Tomography* (1981) (271-274).

6.— Fukuda K, et al.: CT of Abdominal Malignancies: Dynamic Approach. *AJR* 135:455-461, September, 1981.

7.— Arndt R, D, et al.: Iodipamide-Enhanced Computed Tomography of the Pancreas. *Radiology* 139:491-493, May, 1981.

8.— Mendez, G. et al: CT of Acute Pancreatitis: Interim Assessment *AJR* 135:463-469, September, 1980.

9.— Isikoff, M. B. et al: The Clinical Significance of Acute Pancreatic Hemorrhage. *AJR* 136: 679-684, April 1981.